

El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales

Laura Yoffe *

Resumen

La muerte –para la ciencia y la cultura occidental y judeocristiana– fue considerada como muerte física del cuerpo, ya que el alma y el espíritu humano formaban parte del terreno de la religión y de la filosofía.

El área de los Cuidados Paliativos –en los últimos años– brindó aportes valiosos para el cuidado y preparación para la muerte de los enfermos terminales y de los ancianos, buscando un “buen morir” de ellos y un acompañamiento de los familiares en dicho proceso que posibilitara el desarrollo de un “duelo sano” en aquellos que sufren pérdidas de seres queridos.

La Psicología Social Transcultural ha investigado en las distintas culturas occidentales y orientales las diferencias existentes en torno a las creencias y prácticas religiosas y espirituales acerca de la muerte, la expresión o supresión de los sentimientos en los duelos en las distintas culturas, y la función beneficiosa del apoyo social para que el duelo por la pérdida de seres queridos no se torne en duelo “patológico”.

Como profesionales de la Salud Mental, si incluyéramos dentro de la Psicología las creencias religiosas y espirituales de los pacientes que están por morir, podríamos ayudarlos en su preparación para la muerte, y así colaborar con el acompañamiento de sus familiares. Esta mirada podría ser beneficiosa tanto para el cuidado del cuerpo, de la psiquis y del “alma” (o “espíritu”) del moribundo, como para el de aquellos familiares que transitan duelos por la pérdida de seres queridos.

Palabras clave: Duelo , “buen” morir, cuidados espirituales; creencias culturales; apoyo social.

* Doctoranda en PSICOLOGÍA de la Universidad de Palermo. Licenciada en Psicología (UBA,1987). Psicóloga Social (1984). Psicoterapeuta Corporal en Biosíntesis (Nivel Diploma) (1988). Integrante del Consejo de Administración de la Fundación Centro de Biosíntesis (1989). Mario Bravo 1259 (1175) Buenos Aires. Argentina.

Abstract

Mourning facing the death of a beloved person: cultural and spiritual beliefs

Western science, influenced by jewish and catholic traditions- put aside death and only considered it as the death of the physical body. The soul or human spirit was put aside and was only considered by western philosophy and religion.

The discipline known today as “Palliative Care” has produced valuable research and has developed ways of treating old and terminally ill people, preparing them to face their death and allowing them to go through a “good death”, helping also their families to go through a “normal grieving”.

Social Psychology Across Cultures has found differences between western and eastern cultures in their beliefs and spiritual and religious practices around death and dying, around ways of expressing or suppressing emotions in the grieving process, and around the importance of giving social support for those who lost a loved one, so the grieving does not turn into a “pathological” one.

As mental health professionals, if we consider both spiritual and religious beliefs within Psychology, we can take care of those patients who are going to die, preparing them to face their death, helping their families to accompany the dying ones, and collaborating with them in the grieving process of their loved ones. We could probably bring much benefit in the care of the body, the psyche and the soul of those ones who are dying and of those ones who are going through a process of grieving the family member whom they lost.

Key words: Bereavement, grief, mourning, “good” death, spiritual care; cultural beliefs; social support.

Introducción

Según se cuenta en el *Libro Tibetano de la vida y de la muerte*, escrito por el lama Sogyal Rinpoche, un renombrado maestro tibetano llamado Patrul Rinpoche solía llorar el día de Año Nuevo y cuando se le preguntaba por qué lo hacía respondía que lloraba porque otro año más había pasado y tanta gente estaba cerca de la muerte sin tener preparación para enfrentarla.

La muerte es el signo de la finitud de la vida y es natural que marque también su final. Así pues, esta idea ha regido tanto las concepciones filosóficas y religiosas como las de la ciencia occidental. En la cultura judeo-cristiana, hasta el día de hoy, la muerte ha sido considerada como algo doloroso, razón por la cual ha sido negada, convirtiéndose así en un tema sobre el que definitivamente no se habla. De esta manera, “la muerte tiende a ser expulsada, separada, tapada; ya que representa la antítesis de lo que responde y representa idea de progreso”.¹

Médicos y enfermeras enfrentan la muerte todos los días, aunque muchos de ellos no pueden aceptarla verdaderamente ni elaborar lo doloroso que les resulta encararla a diario en su profesión. En psicología recién en las últimas décadas se ha incluido el tema de la muerte en el área conocida como «Cuidados Paliativos»². Ésta incluye la necesidad de tratamiento y atención especial del enfermo terminal y de su familia, la preparación del paciente para enfrentar su propia muerte y la consideración del paciente anciano pronto a morir. Se trabaja con la familia con dos objetivos: 1) que todos sus miembros puedan colaborar del mejor modo posible en el acompañamiento del enfermo terminal y/o anciano y 2) que comiencen a elaborar la proximidad de la pérdida de su ser querido.

Los cuidados paliativos se plantean como objetivo que tanto los ancianos como los enfermos terminales puedan transitar del mejor modo posible los últimos períodos de la vida. En el caso de que fuera posible, cuando el tiempo y las condiciones lo permiten, se busca que el paciente pueda tomar decisiones junto a su familia sobre cuestiones relacionadas con el tratamiento de su enfermedad y sobre las posibles tareas que podrían ser realizadas por él antes de su fallecimiento. En tales circunstancias se busca priorizar que el anciano y/o el paciente terminal puedan despedirse de la vida, de su familia y de sus amigos. Se trabaja asimismo sobre la elaboración de las reacciones del paciente en cuestión ante la proximidad del fin de su vida y la preparación para su muerte.

La necesidad de incluir a la familia del enfermo terminal ha sido crucial para poder atender y entender la necesidad de acompañamiento que tienen todos los seres humanos cuando sufren, ya sea porque sobrellevan una enfermedad terminal cuyo curso es

1. P. Barreto–E. Martínez (2001): *Cuidados Paliativos*, p.

2. Según la OMS “la Medicina Paliativa se dedica al estudio y cuidado global de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. El control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales como un todo. El objetivo de la Medicina Paliativa es lograr la mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias.” D. Doyle–G. Hanks–N. MacDonald: *Palliative medicine*, p. 3. La traducción del pasaje nos pertenece, así como el resto de las citas incluidas en este artículo cuyo original está en inglés.

irreversible y no hay posibilidades de curación, o bien porque se trata de personas de edad avanzada que, en razón de esto mismo, están más cerca de la muerte. Según la OMS, “el objetivo de los Cuidados Paliativos es conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes como para su familia”.³

La práctica de los Cuidados Paliativos se inició y comenzó a implementarse en Inglaterra por parte de Cecile Saunders en 1967. En los Estados Unidos se llevó a cabo a través del movimiento *hospice* desde el año 1974, liderado por Lack, que tuvo su continuación en Canadá, Polonia, Alemania y España.

El objetivo de “ayudar a un buen morir” es importante tanto para el anciano y para el paciente terminal como para sus respectivas familias, ya que de este modo es más fácil para los familiares elaborar el duelo por la pérdida de su ser querido y no desarrollar un tipo de duelo complicado o patológico.

Me interesa enfocar el tratamiento de los duelos por la pérdida de un ser querido desde una visión de la Psicología de la Salud que tome en cuenta al hombre en su dimensión espiritual, considerando a la muerte en relación con la vida del paciente, en vistas de que el modo de vivir la vida desemboque naturalmente en un “buen morir”. En estos planteos subyace una filosofía que contempla tanto el sentido de la propia vida y la de los seres queridos como también el sentido de lo que es la muerte.

Una visión espiritual del ser humano, que se sume a la visión científica del hombre como ser biológico, psicológico, social y cultural, nos permitiría incluir en los Cuidados Paliativos distintos tipos de creencias espirituales acerca de la vida y de la muerte que se hallan presentes en las distintas culturas. Esta consideración podría, en principio, ayudarnos a aprender a respetar –desde nuestro rol de profesionales de la salud– la variedad de creencias religiosas y espirituales y, en segundo lugar, las distintas prácticas y ritos que existen en el mundo sobre la vida, la enfermedad y la muerte.

La Psicología Social Transcultural⁴ nos ha brindado aportes desde una visión más amplia sobre dichos temas, lo cual nos permite desarrollar una mirada más comprensiva para ayudar a aquellos que sufren en momentos tan habituales y cruciales como son la enfermedad, la muerte y los duelos por la pérdida de seres queridos.

Considero importante que como profesionales de la salud podamos considerar las creencias sociales y espirituales y la posibilidad de la positiva influencia que éstas podrían ejercer en el paciente terminal y/o el anciano próximo a morir y en sus familias, tanto en lo que hace a la elaboración y aceptación de la enfermedad terminal, como en la consideración de una vejez y una muerte dignas y la posterior elaboración de los duelos que los familiares deben hacer por la pérdida de su ser querido.

3. P. Barreto–E. Martínez, *op. cit.*, p.

4. La Psicología Social Transcultural se ocupa de la relación entre la cultura y los procesos psicosociales, los valores, la relación entre las culturas, las vivencias y la expresión emocional y el afrontamiento de hechos traumáticos entre algunos de sus temas de estudio teórico-metodológicos. Véase D. Páez–A. Vergara (2000): “Theoretical and Methodological aspects of cross-cultural research”, *Psicothema*, vol 12., p. 1.

1. Duelo, dolor y sufrimiento por la pérdida de un ser querido

En su libro *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (1997), William Worden, remitiéndose a George Engel, señala:

la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano fisiológico. [...] el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo es necesario un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón, Engel ve al proceso de duelo similar al proceso de curación. [...] del mismo modo que los términos sano y enfermo se aplican a los cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso del duelo.⁵

Siguiendo a Worden, quien toma ideas de Freud acerca de los duelos, podemos ver que “el duelo es un proceso y no un estado”, e implica tareas de elaboración de la pérdida que “requieren esfuerzo”.⁶ Según Worden (1997) el término ‘*mourning*’ es utilizado en inglés para nombrar el proceso que se produce después de una pérdida de un ser querido. La palabra ‘*grief*’, en cambio, se refiere a la experiencia personal de la pérdida, que implica las emociones de dolor y tristeza. En castellano, ambos términos están sintetizados en la palabra ‘duelo’.⁷

También Isa Fonegra de Jaramillo (2001), pionera de la tanatología en Colombia y en América latina, distingue los términos ‘*mourning*’ y ‘*grief*’ en inglés, sintetizados en castellano en la palabra ‘duelo’:

Bereavement: es la sensación de haber sido robado, de ser despojado de algo valioso. Equivale a quedarse abrazando un espacio vacío.

Grief: es la reacción de aflicción ante la pérdida. Incluye una amalgama de respuestas con componentes físicos, emocionales y espirituales.

Mourning: se refiere específicamente a la acción o tarea, al trabajo psicológico de la elaboración del duelo. Incluye los procesos mediante los cuales el doliente deshace los lazos o desata los vínculos que lo ligaban a alguien que ya no está. En español, el término ‘duelo’ abarca estos tres.⁸

Para la mayoría de los autores e investigadores de esta temática todo duelo remite a una pérdida de un ser amado. Según Robert Weiss (1999) “el término ‘pérdida’ se refiere

5. W. Worden (1997): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, p. 26.

6. W. Worden, *op. cit.*, p. 27.

7. W. Worden, *op. cit.*, p. 59.

8. I. Fonegra de Jaramillo (2001): *De cara a la muerte*, p. 171.

a un suceso que produce una inaccesibilidad persistente a esa figura emocionalmente importante [...] y cuando esa pérdida es vista como permanente hay dolor y desorientación”.⁹

Existen distintos tipos de pérdidas, como la muerte de un hijo, un dolor que ha sido conceptualizado como uno de los más profundos y difíciles de resolver en el tiempo, debido a las fuertes reacciones emocionales que dicho suceso despierta y provoca en los progenitores. Si la pérdida es súbita e inesperada, como cuando es producto de una enfermedad terminal en el niño, el tránsito del duelo es más difícil.

Tanto la pérdida de seres queridos que han sido víctimas de homicidio, suicidio o accidentes como aquella que incluye la muerte de varias personas de la misma familia implican un tipo de duelo más complejo. Del mismo modo, los casos en los que los familiares no tuvieron oportunidad de tomar contacto con el cuerpo del ser amado – porque éste fue víctima de una desaparición forzada o porque sufrió alguna mutilación o desfiguración por accidente, suicidio u homicidio– son considerados como pérdidas ocurridas en circunstancias *traumáticas*, las cuales tornan más complicado y doloroso el duelo que el familiar debe hacer ante ellas.

Se considera dentro de la categoría de «trauma»¹⁰ a aquellos duelos donde la muerte y la desaparición de la persona querida ha sido súbita, inesperada o donde pudo haber habido violencia, mutilación, destrucción del cuerpo físico o desaparición del mismo. En los casos en los que el familiar no ha podido tener ni ver el cuerpo del ser amado fallecido o desaparecido, ni ha podido enterrarlo, suele resultar más difícil la aceptación de la muerte como una realidad. El trabajo de duelo, así como la despedida que el familiar deberá hacer encuentran mayores dificultades emocionales y mentales, lo cual puede complicar el duelo tornándolo *patológico* o *crónico*¹¹. Todos estos aspectos hacen que la muerte *traumática* vuelva más doloroso el duelo para los seres queridos del fallecido, tornando más complicada la tarea del duelo no sólo por la imposibilidad de anticipar la muerte del ser amado, sino también por el “*stress* post-traumático”¹² que sufre quien debe afrontar una muerte inesperada.

Elizabeth Kubler Ross, especialista en ayudar a un “buen morir” a enfermos terminales, habla en su primer libro, *Sobre la muerte y los moribundos* (1969) acerca de las distintas etapas y las emociones por las que atraviesan los moribundos frente al proceso de su propia muerte próxima. A diferencia de esta autora, aquellos estudiosos que se han especializado en la temática de los duelos, tales como Bowlby (1960), Murray Parkes (1970), Weiss (1973) y Sanders (1979), han hablado de distintas fases y no de etapas en el proceso del duelo. Casi todos los investigadores sobre los procesos del duelo tienen la visión de que existen “tareas” y “fases” de un duelo como común

9. R. Weiss (1999): “Loss and recovery”, en M. Stroebe–W. Stroebe–R. Hansson (1999), *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*, p. 272.

10. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 33.

11. Véase J. Bowlby (1980): *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, caps. 9-10.

12. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 35.

denominador. Más allá de las diferencias entre dichos autores, podemos encontrar una serie de fases y etapas sucesivas en un duelo normal.

En general existen acuerdos sobre la existencia de tres o cuatro fases en el proceso de duelo. La primera fase, según Worden (1997), ha sido conceptualizada como de *shock*, “insensibilidad o anestesia emocional”.¹³

La segunda fase ha sido conceptualizada por John Bowlby (1980/81) como de “protesta o rabia por la pérdida”,¹⁴ presente tanto en seres humanos como en animales de distintas especies. Se la ha llamado también fase de “anhelo” (Parkes, 1970), ya que en ella se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida.¹⁵

La tercera fase, de “desesperación y/o desorganización”, surge al enfrentar la ausencia irreversible del ser amado, considerada en general como fase aguda del duelo por el tipo de reacciones emocionales que despierta. Ésta antecede a la cuarta fase, de “reorganización de la conducta”, que sucede luego de un período largo de adaptación y recuperación frente a la pérdida del ser amado.¹⁶

La primera fase, de “anestesia o insensibilización de los sentimientos” –llamada, debido a ello, fase de “*shock*”–, implica una negación de la realidad de la muerte, lo que suele suceder en mayor medida cuando la muerte es inesperada e imprevista:

La persona no siente, está como congelada por dentro, actúa como un robot, en forma automática. Sufre de anestesia emocional, que es una forma de negación, un mecanismo de defensa que cumple el propósito de suspender o anular lo que ocurre, por demasiado doloroso, que “cancela” temporalmente el evento para poder seguir viviendo.¹⁷

Algunos autores que trabajan con asesoramiento psicológico en terapias de elaboración de duelos (Isa Fonegra de Jaramillo en Colombia, William Worden en los Estados Unidos, entre otros) postulan que el ver a la persona muerta, así como el hecho de asistir a los funerales –como ritual de despedida del fallecido–, el oír hablar de cómo ocurrió la muerte del ser amado y la posibilidad de dialogar con otros sobre ello, el compartir con los seres queridos que están vivos aquellos momentos particulares de la relación con el fallecido, de su enfermedad y de su muerte son todos factores que ayudan a salir del estado de *shock* inicial de la primera fase del duelo.

Para Isa Jaramillo “reforzar la anestesia emocional con tranquilizantes o antidepresivos bloquea la sana y natural capacidad para reaccionar; o esconderle la verdad a la persona definitivamente no ayudan para nada”.¹⁸

13. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 172.

14. J. Bowlby, *op. cit.*, pp. 108-109.

15. W. Worden, *op. cit.*, p. 59.

16. W. Worden, *op. cit.*, p. 59.

17. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 172.

18. *Ibidem*.

Desde el punto de vista de William Worden, la primera fase del duelo corresponde a “un período de insensibilidad que se produce en los momentos cercanos a la pérdida. [...] Luego la persona pasa a la fase de anhelo en la que se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida. La rabia, según Parkes (1970), juega un importante papel en esta fase.”¹⁹

Weiss en su artículo “Loss and recovery” (1993) cita a John Bolwby y alude a la primera fase del duelo como de “protesta y anhelo”:

El esfuerzo está dedicado a negar la pérdida, aunque haya conciencia de que eso es imposible. En esta fase el individuo está agitado y con miedo, oprimido con intenso dolor y sujeto a una ansiedad que puede llegar al pánico. [...] el dolor y el pánico se ven aumentados por el aumento de la conciencia de que la búsqueda es en vano. Este fenómeno puede ser comprendido como resultado de un surgimiento masivo de sentimientos y conductas de apego, resultantes en una compulsión de búsqueda del objeto perdido.²⁰

En dicha fase existe una búsqueda del objeto perdido que se torna frustrante, debido a la sensación —que va en aumento día a día— de que la búsqueda es en vano, ya que la persona que falleció no está más como presencia cotidiana. Por ello, la compulsión de búsqueda se transforma en una convicción emocional de que el objeto perdido no podrá ser encontrado en la realidad externa. Con el paso del tiempo, el familiar irá reconociendo que el objeto perdido sólo podrá ser hallado en el interior de sí mismo, en aquellas representaciones construidas en el vínculo que existió entre él y el ser querido fallecido. Por ello, la “fase depresiva de dolor y de retirada del mundo” (Bolwby, 1980)²¹ sigue a la de anhelo de retorno y búsqueda desesperada del ser amado ante la irreparable pérdida del mismo.

La fase final —en la que coinciden casi todos los autores— es la de “adaptación o reorganización”,²² donde el individuo tiene a su disposición mayor energía para establecer un nuevo modo de vida y nuevas relaciones, donde siente mayores sensaciones de placer y está en proceso de búsqueda de nuevos objetivos en su vida. Esta fase se establece una vez que el dolor más intenso por la pérdida del ser querido se transformó en una nueva calidad de energía que el sujeto tiene a su disposición.

Para Robert Weiss “existen tres procesos en el movimiento de recuperación del duelo que implican una aceptación cognitiva, una aceptación emocional y un cambio en la identidad a partir del trabajo del duelo”.²³

La “aceptación cognitiva” es aquella en la cual “los individuos que están en camino de una buena recuperación aparecen desarrollando una compensación satisfactoria de

19. W. Worden, *op. cit.*, p. 59.

20. R. Weiss, *loc. cit.*, p. 279.

21. R. Weiss, *loc. cit.*, p. 279.

22. R. Weiss, *loc. cit.*, p. 279-280.

23. R. Weiss, *loc. cit.*, p. 280.

las causas de la pérdida. La validez objetiva del suceso es menos importante que la validez subjetiva. Parece que hay individuos en quienes las fórmulas de la religión – tales como las de la frase: “Fue una forma del misterio divino”– surgen para dar cuenta de la pérdida; aunque esto se da en menor medida que las situaciones donde el apoyo de amigos y familiares es lo que más cuenta para aceptar las explicaciones.”²⁴

La “aceptación emocional” requiere que el que está de duelo logre neutralizar los recuerdos y asociaciones para que éstos no lo paralicen en su funcionamiento. Este proceso de neutralización requiere un monto variable de tiempo y suele reactualizarse en los momentos de aniversarios, cumpleaños, vacaciones, fiestas familiares, fiestas de navidad y de fin de año, oportunidades en las que se constata que el dolor por la pérdida del ser querido no ha terminado del todo.

Para William Worden, en cambio,

las fases implican una cierta pasividad, algo que la persona que está en duelo atraviesa. Las tareas, por otra parte, son más acordes con el concepto de Freud del “trabajo de duelo” e implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo. Además, este enfoque contempla las influencias en el duelo que provienen de intervenciones del exterior. En otras palabras, el concepto de fases es como algo que hay que pasar, mientras que el enfoque de las tareas da a la persona cierta sensación de fuerza y la esperanza de que puede hacer algo de forma activa. Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; la frase de que “el tiempo todo lo cura” es cierta. También es cierto que el duelo crea tareas que se deben cumplir y aunque esto sea desbordante para la persona en la agonía del duelo agudo también puede, con la ayuda de un asesor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final: un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que experimentan las personas en duelo.²⁵

Ante los duelos, es importante considerar los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta quien ha sufrido una pérdida, a fin de evitar cualquier tipo de desarrollo de duelo complicado o patológico. Si el duelo se reprime o se oculta tras una fachada de fortaleza, bajo patrones de adicción al trabajo, al consumo de drogas o al de alcohol se estaría adormeciendo de esta manera las sensaciones de dolor, de sufrimiento y de vacío por la pérdida del ser querido. A corto o largo plazo esto suele generar síntomas físicos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la conducta, depresión o duelo crónico.

El duelo no resuelto oculta la falta de elaboración de la pérdida del ser querido y las emociones que dicha pérdida ha provocado. Un duelo “patológico” o “no resuelto”²⁶ está determinado por la cronicidad en el tiempo y por la compartimentalización del mismo. Este proceso consume mucha energía psíquica y corporal, ya que la misma es

24. *Ibidem*.

25. W. Worden, *op. cit.*, p. 60.

26. J. Véase J. Bolwby, *op. cit.*, caps. 9-10.

usada para negar tanto la existencia de la pérdida del ser querido como la de los sentimientos dolorosos subyacentes. Para Robert Weiss, “el dolor y la pérdida son imposibles de evitar, pero sí se puede evitar un daño permanente”.²⁷

Desde el punto de vista de la psicología de la salud es importante tener en cuenta que todo duelo bien elaborado debe llegar a su fin y las heridas mentales y emocionales deben cicatrizar. Según Isa Jaramillo:

la reorganización es el resultado final, esperado y alcanzable, cuando tomamos en nuestras propias manos los pedazos de vida resquebrajada, lloramos sobre ellos y aceptamos la pena para después, con viejos recursos y con lo aprendido en esta dolorosa experiencia, emprender la tarea de reconstruir nuestro mundo roto, de llenarlo con otros significados y con un para qué diferente al que tenía antes de la muerte de esa persona amada [...]”²⁸

La etapa final de un duelo es de reacomodación y adaptación, e implica poder recordar a la persona amada como ausente, pudiéndola evocar sin tanto dolor y sin emociones poderosas, sino con cariño y nostalgia; sin que el recuerdo sea tan fuerte como para desequilibrar al individuo por la intensidad de sus sentimientos y pensamientos en torno al ser querido fallecido.

Un “duelo normal”²⁹ consiste para el doliente en poder aceptar la pérdida del ser amado, atravesar la crisis vital en la que dicha pérdida lo puso, salir revitalizado de la misma y asumir una identidad personal con aspectos nuevos o renovados de sí mismo. Las conductas de afrontamiento posibilitan atravesar el duelo de manera positiva y deben ser tenidas en cuenta, ya que le permiten al familiar que sufrió la pérdida no desarrollar síntomas ni enfermedades que puedan llevarlo a la muerte, al suicidio, a un accidente o a algún tipo de adicción.

El cambio en la identidad personal implica que la persona que está de duelo sea capaz de desarrollar una nueva imagen de sí mismo, en la cual la conexión con la figura de apego fallecida sea vista como algo del pasado, y ya no del presente. El poder afrontar la pérdida y atravesarla de manera positiva genera mayor confianza en el doliente, en sus posibilidades reales para salir adelante frente al dolor, desarrollando aspectos y mecanismos nuevos en sí mismo y creando lazos sociales o recreando antiguos. La búsqueda y encuentro de actividades nuevas a realizar con otros le permitirán vivir de manera diferente, sintiendo de nuevo que cuenta con mayor energía, vitalidad y sensaciones placenteras.

2. Duelo y creencias sobre la muerte

Todos nacemos dentro de una cultura determinada, cuyas creencias vamos incorporando a medida que crecemos en la familia, en la escuela y en las distintas instituciones de la sociedad a la cual pertenecemos. No nacemos con conciencia de la

27. R. Weiss, *loc. cit.*, p. 284.

28. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 176.

29. J. Bowlby, *op. cit.*, p. 159.

propia muerte ni con la representación de lo que ésta significa en el proceso de la vida de uno mismo y de los demás. Pero a medida que vamos creciendo aprendemos lo que la muerte significa, y nuestro conocimiento se ve condicionado por las creencias culturales que nuestros padres, la sociedad y el grupo sociocultural al cual pertenecemos nos transmiten.

Ya en la infancia jugamos a aparecer y desaparecer y este juego nos va dando una idea de lo que es «no estar». La dificultad de aceptar la muerte de un ser querido pasa por no poder comprender ni tolerar que ese ser amado ya no estará más junto a nosotros en el mundo de los mortales, y ese «no estar más» tendrá la calidad de ser un hecho irreversible y para siempre.

Según la “teoría del apego” (Bolwby, 1980), la relación de apego es característica tanto en animales como en seres humanos, y es necesaria para el crecimiento del ser que, al nacer indefenso, mantiene un contacto con su cuidador para evitar posible daños. Dicho cuidador es visto y vivido por el nuevo ser como una fuente de satisfacción alimentaria, psicológica y social. Si el ser humano –o el animal– se sintiera amenazado por la posibilidad de perder a su cuidador, surgirían en él fuertes reacciones emocionales, que se expresarían a través de conductas de ansiedad, angustia o *stress*. Esto también podría llevar a una disminución o alteración del funcionamiento del sistema inmunológico y al desarrollo de distintos tipos de enfermedades.³⁰

De adultos tenemos una representación de lo que significa la muerte, pero no es hasta el momento en que perdemos a un ser querido que el sentimiento y el dolor verdadero por la pérdida se hacen realidad.

3. Duelo por la muerte de los padres para un ser humano adulto

La muerte de los padres es una experiencia por la que todos pasamos o pasaremos algún día, pero recién cuando ese día llega nos damos cuenta de lo que el duelo significa para un hijo, tanto a nivel emocional, como cognitivo, social y espiritual.

Los padres juegan un rol único para los niños, quienes en la infancia tienden a verlos como seres onnipotentes, inmortales, onnipresentes, en una palabra, casi como dioses. Los padres representan, para los hijos pequeños y adolescentes, una imagen y una sensación de permanencia, seguridad y estabilidad. La «casa» o el «hogar»³¹ familiar –más allá de que los hijos sigan o no viviendo allí con los padres: ya sea que se hayan ido a trabajar a otra ciudad o país, ya que vivan en su propia casa, porque se casaron o se independizaron– sigue manteniéndose en la representación interna de los hijos con la significación del espacio donde vivieron y donde fueron criados por sus padres.

Cuando mueren ambos padres, el «hogar» como tal deja de existir, desapareciendo como espacio con esas cualidades; por ello el que perdió a sus dos padres está de duelo también por la desaparición de la casa familiar.

30. Véase J. Bolwby (1998): *El apego*, p. 250.

31. A. Levy (1999): *The orphaned adult*, p. 31.

Existen investigaciones sobre duelos por la muerte de un esposo o esposa, por la pérdida de un hijo; pero no se encuentran muchos estudios sobre duelos por la muerte de los padres. Alexander Levy, en *The orphaned adult* (1999), expresa el sentimiento de los adultos “huérfanos”³² que han perdido al padre o a la madre y cuya aflicción será distinta de acuerdo al tipo de vínculo establecido por el adulto con cada uno de sus progenitores. Cuando el primero de los padres fallece, se produce un cambio en la vida del hijo o de la hija que modifica la relación con el progenitor vivo. Dependiendo de la edad de este último, el hijo o la hija deberán dejar de lado su rol filial y estarán forzados a colocarse en el rol de «cuidador del progenitor vivo». En este tipo de situación, en general, el duelo que el padre o madre sobreviviente debe hacer ante la pérdida de su esposo/a quedará por encima del duelo del hijo/a que ha perdido a su padre o a su madre.

Según las creencias culturales sobre los duelos existentes en las culturas de las sociedades occidentales de corte individualista,³³ donde hay una mayor presencia del tipo de familia nuclear, los hijos deben cuidar más de la salud y de las reacciones emocionales del progenitor vivo que de su propio duelo. En sociedades de este tipo, a diferencia de lo que ocurre en las sociedades orientales, de tipo colectivista, se ve que en general no se tiene en cuenta la variable temporal como algo necesario para la elaboración de los duelos. Tampoco se suele brindar apoyo social al hijo o a la hija que están en proceso de duelo por la muerte de sus padres.

En las sociedades occidentales de tipo individualista las creencias culturales son tales como que «por la ley de la vida es esperable que los padres ancianos mueran, y que los adultos sigan viviendo como si nada hubiese pasado», esperándose por ende que la reacción por la pérdida del progenitor pase lo más rápido posible y se retorne prontamente al trabajo y a ser productivo nuevamente. Dichas conductas son un signo de salud mental y naturalmente concuerdo con que la vuelta al trabajo de aquél que está de duelo es un signo positivo; sin embargo, creo que es necesario que la persona que está de duelo no oculte el vacío que siente por la pérdida de su ser querido, refugiándose en su trabajo como forma de negar su dolor:

La muerte de uno de los padres es la pérdida más común y natural para los adultos. Dependiendo de la edad no contraría las leyes de la naturaleza, como ocurre con la absurda muerte de un niño, no deja el sabor de soledad y privación que produce la viudez, no es tan impactante como la muerte de un hermano o amigo cercano. Además, en muchos casos es la solución para una vida de pobre calidad, o un alivio para alguien anciano que sufre de achaques, dolencias y enfermedades físicas, o de soledad y aislamiento porque sus amigos han muerto, o de falta de

32. A. Levy, *op. cit.*, p. 46.

33. Véase V. Gouveira-M. Ros (2000): “Hofstede and Schwartz ‘s models for classifying individualism at the cultural level: their relation to macro-social and macro-economic variables”, *Psicothema*, vol. 12, Supl., pp. 25-33.

improductividad porque nuestra sociedad carece de espacios laborales para los viejos, o del vacío profundo de un horizonte sin tareas, todo lo cual lleva a sentirse un estorbo familiar y social.”³⁴

En distintas sociedades occidentales se observa la creencia de que «los ancianos son un estorbo», como así también conductas de falta de respeto y de consideración hacia el conocimiento y la sabiduría de los mayores. En contraposición a ello, en algunas sociedades de cultura oriental de tipo colectivista, tales como Japón, India, Tíbet, China, etc., y también en culturas de tribus de nativos indígenas de los Estados Unidos o de algunos países de Centro o de Latinoamérica, se puede ver el respeto por los ancianos y por la cualidad de sabiduría que se les atribuye, al mismo tiempo que el permanente homenaje y el culto que todos le rinden a sus antepasados. En dichas culturas se brinda apoyo emocional y social a los deudos, más allá de lo común que sea para todos la muerte de un padre o de una madre.

Cuando muere uno de los dos progenitores, la reacción de cada hijo o hija varía según la relación que existía con el fallecido. Para los hijos los padres son significativos, porque conocen la historia, el pasado, el carácter y la identidad del hijo/a construidos en el vínculo con dichas figuras parentales.³⁵ Isa Jaramillo, en su estudio *De cara a la muerte* (1999), señala:

La gravedad del duelo por la muerte de uno de los padres depende –como todos los duelos– de quién era para nosotros la persona que murió, qué papel desempeñaba en nuestra vida y qué espacios ocupaba en nuestro mundo interno, de qué forma y en qué momento del ciclo vital murió. [...] si el progenitor que murió representaba una permanente fuente de apoyo, de amor incondicional, o si la relación con él era dolorosa o negativa, va a determinar que el duelo sea triste, pero apacible, o cargado de ambivalencia entre alivio y culpa; siendo éste último más propenso a evolucionar con complicaciones. Si la muerte del progenitor ocurre cuando el hijo está en los veinte o los treinta, coincide con un momento en que aún subsiste algo de aquella lucha por separarse de los padres y en que los esfuerzos vitales van dirigidos especialmente a construir un hogar y lograr conseguir una estabilidad laboral y económica adecuada. Pero si la muerte ocurre cuando el hijo está alrededor de los cincuenta años, seguramente coincide con un momento más estable, debido a que en gran parte las tareas anteriores ya se han consumado y completado. Se despejan otros escenarios de crisis en torno al proceso personal de envejecimiento, la posible aparición del síndrome del “nido vacío” que obliga a replantear, en la madurez, el significado y las metas de la vida, acordes con las nuevas circunstancias, satisfactorias y plenas por un lado, pero angustiosas y desafiantes por otro.³⁶

34. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 197.

35. Véase A. Levy, *op. cit.*, p. 47.

36. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 199.

Cabe destacar que el duelo por cada progenitor fallecido será diferente de acuerdo al tipo de vínculo establecido con cada hijo y que, al tratarse de la segunda muerte, los hijos se encuentran más preparados emocionalmente para afrontar el duelo. Isa Jaramillo (1999) coincide con Alexander Levy (1999) en cuanto al sentimiento de «orfandad» que siente el adulto en el momento en que se queda solo sin padres: “La orfandad es la sensación definitiva de que ya para nadie seremos hijos, por lo que nos percibimos definitivamente como adultos”.³⁷

En los casos en que los dos progenitores han fallecido, tener que desahacer definitivamente la «casa familiar» o el «hogar» implica iniciar un proceso de reorganización de la relación entre los hermanos, pero ya sin la presencia de los padres. Puede haber situaciones conflictivas entre hermanos preexistentes a la muerte de los padres, o conflictos de difícil resolución frente a temas de herencias, mudanzas, arreglos domésticos en el hogar familiar: qué hacer con la ropa y las pertenencias que sobreviven al padre o madre que falleció, y con los objetos del progenitor que aún está vivo, o bien con las pertenencias de ambos —en el caso de que sean los dos quienes han fallecido—. Todos los factores antedichos son variables que pueden facilitar o dificultar aún más la relación entre los hermanos y/o con el progenitor vivo. En algunos casos, estos mismos factores pueden servir como motivos para rencillas mayores por los factores emocionales que están en juego en cada hijo o hija a causa del duelo. En otras circunstancias, el tener que resolver factores prácticos y materiales sirve de nexo o motivo para unir más a los hermanos en la nueva tarea de reorganización familiar.

En situaciones de pérdida de seres queridos, las creencias sobre la vida y la muerte, sobre el “apego” o el “desapego”³⁸ hacia las posesiones y pertenencias materiales del que falleció y hacia el hogar que queda y debe ser desarmado como tal podrán influenciar tanto positiva como negativamente el duelo y las relaciones interpersonales entre el deudo y sus familiares.

Las creencias culturales y espirituales, tanto si están presentes como si no lo están, si son compartidas por todos los miembros de la familia o sólo son sostenidas por algunos, podrán ser consideradas como aquello que puede guiar a los que sufren la pérdida de un ser querido o como fuente de conflicto o discusión entre los familiares. La decisión sobre rituales *a posteriori* de la muerte, como velatorio, entierro, cremación, el acuerdo sobre qué hacer con las cenizas del muerto, o si se realizan misas o ceremonias religiosas recordatorias del deceso, todo esto podrá ser objeto de discusión y de toma de decisiones en conjunto o de una sola parte de la familia.

Un tema a trabajar en el asesoramiento de la familia que sufre la pérdida de un ser querido es la participación de los hijos menores y de los nietos en rituales y prácticas religiosas y espirituales. En esto puede haber consenso o disenso dentro de la familia, así como puede haber casos en los que algún integrante de la familia desista de participar

37. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 201.

38. C. Parkes (2000): “Conclusions II: Attachment and losses in cross cultural perspective”, en C. Parkes– P. Laungani–B. Young (2000), *Death and Bereavement across cultures*, p. 239.

en rituales religiosos y ser mal visto por los demás miembros, debido a que no comparte las creencias del grupo familiar, o bien por haber adherido a creencias diferentes, que no coinciden con las de la familia de origen. La aceptación o no del disenso en el grupo familiar en torno a valores y creencias religiosas y espirituales dará cuenta de una mayor o menor tolerancia, o bien de una falta de la misma dentro del seno familiar.

Las creencias espirituales o religiosas de cada miembro pueden coincidir o no con la religión y la tradición de los ancestros y con los valores del marco cultural del cual proviene la familia. Esto no tendrá la misma incidencia en culturas orientales de tipo colectivista —que no aceptan dichas disidencias— que en culturas occidentales de tipo individualista, en las que hay una mayor aceptación de las diferencias. En esto no hay homogeneidad cultural, ya que existen diferencias entre los distintos países, culturas, subculturas y grupos humanos.³⁹

Por todo lo antedicho, considero importante que se tengan en cuenta las creencias religiosas y espirituales de cada familia y de la cultura de la cual proviene ésta, para considerar la presencia o falta de creencias en las personas que atraviesan duelos por la pérdida de seres queridos. Dichas creencias influyen sobre el modo en el que cada familia y cada miembro dentro de la misma afronta las circunstancias que rodean la pérdida del ser querido, del hogar familiar y del duelo como tal.

Coincido con los investigadores que, trabajando en el área de los cuidados paliativos, se dedican al asesoramiento psicológico de personas en duelo por la muerte de los padres, cuando plantean la necesidad de considerar dichas variables en los casos en que sea posible trabajar con la familia un “duelo anticipado”.⁴⁰

4. Duelo anticipado de la muerte de los padres

Los hijos que enfrentan una enfermedad grave de uno de los padres deben decidir en conjunto conductas sobre el tratamiento médico, el dolor del ser querido y su lucha frente a una enfermedad terminal, los costos económicos del tratamiento médico y las decisiones sobre los tipos de cuidados paliativos para un padre o madre enfermos o ancianos.

Cuando el diagnóstico lo es de una enfermedad fatal, el hijo/a tiene la posibilidad de iniciar un proceso de «duelo anticipado», que brinda la posibilidad de prepararse para la muerte del progenitor, anticipando día a día las pérdidas que dicha enfermedad obliga a enfrentar, el sufrimiento por el decaimiento y el envejecimiento doloroso del ser amado pronto a fallecer. De este modo

el ser testigo del debilitamiento progresivo del ser querido, junto con la creciente impotencia personal para detenerlo, genera en la familia angustia, mucho dolor y una honda sensación de vacío y pérdida. Es importante y útil comprender que no

39. Véase B. Young—D. Papadatou (2000): “Childhood, death and bereavement across cultures”, en C. Parkes— P. Laungani—B. Young (2000), *Death and Bereavement across cultures*, pp. 191-205.

40. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 151.

existe una única muerte del ser querido sino que día a día se van muriendo partes entrañables, rasgos muy valorados –como el control y la independencia– y actitudes muy necesarias para los demás –como las de acompañar, decidir y dar fortaleza–. Por lo tanto la familia debe, poco a poco, hacer varios duelos: esto es, ir aceptando esas pequeñas muertes que culminan en la muerte biológica y total, y adaptarse a ellas.⁴¹

Asimismo, el duelo anticipado permite a la familia incluir al enfermo en el proceso y facilita la despedida de éste de sus propios familiares y seres queridos. En aquellos casos en que la enfermedad lo permite, el enfermo terminal o el anciano pronto a morir podrá enfrentar antiguas peleas y llegar –si lo desea– a una situación de paz con los seres queridos con los que mantenía relaciones conflictivas, terminar tareas que tenía pendientes, decir adiós a sus familiares y amigos, despedirse de su vida y enfrentar con mayor paz, calma mental y una actitud más positiva su propia muerte.

Los hijos del padre o de la madre –siendo éste anciano o enfermo terminal– podrán acompañar las necesidades de su progenitor próximo a morir, cuidándolo y acompañándolo mejor, cuidándose los familiares entre sí y organizando tareas para evitar el *burn out* (desgaste físico y/o emocional) de algún miembro de la familia que pueda estar asumiendo mayores responsabilidades, tanto a nivel afectivo como laboral o mental. La toma de decisiones, el acompañamiento del enfermo, el pago de gastos de tratamiento y de hospital, el trato con médicos y enfermeras, el hacerse responsable de tomar decisiones sobre la preparación de los rituales posteriores a la muerte –como el velorio, el entierro o cremación, misas, etc.– son todas tareas que pueden llevar a un desgaste físico y emocional de los familiares. Por ello es importante dentro de los cuidados paliativos el tener presente la posibilidad de trabajar con la familia del enfermo la distribución de tareas entre los distintos miembros, para cuidar de este modo también a aquellos que cuidan al enfermo.

Asimismo, la familia puede anticipar tareas de reorganización del hogar del ser querido, las decisiones sobre los rituales que deseen llevar a cabo una vez acaecida la muerte, para evitar hacer todo a último momento y con el dolor intenso que la pérdida produce. Es mejor llevar a cabo dichas tareas cuando se está más calmo y con una mente más clara, de modo que les permita pensar y organizarse.

El duelo anticipado también tiene en cuenta el sentido espiritual que implica el poder decir adiós, despedirse y soltar al ser querido, permitiéndole que muera desaparegiéndose de él y dejándolo ir hacia su muerte.

Para el Budismo Tibetano no es conveniente que quien está muy dolorido por la proximidad de la muerte de un ser querido esté en la misma habitación con él cuando éste muere. Se dice que el fuerte apego emocional del familiar puede dificultar la tarea del moribundo en el proceso de dejar la vida e ir hacia su muerte.

El maestro tibetano Sogyal Rinpoche, especialista en la tarea de acompañamiento de enfermos terminales y de la preparación de éstos para la muerte, nos dice en su *Libro Tibetano de la vida y de la muerte*:

41. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 152.

Los maestros tibetanos aconsejan que las personas que están muy cercanas al moribundo no deben estar presentes al lado de la cama de éste para no provocar ningún tipo de emoción negativa en él en el momento de su muerte. A veces es muy difícil que los familiares comprendan esto, ya que consideran esto como un acto de desamor por parte del moribundo hacia ellos. De cualquier modo, deben recordar y tener presente en sus mentes que la presencia de los seres queridos en el momento de la muerte puede provocar un fuerte sentimiento de apego en la persona moribunda, lo cual haría más difícil a éste el dejarse ir y morir. Es extremadamente difícil no llorar cuando estamos al lado de la cama del ser amado que está muriendo. Les aconsejo que traten de hacer todo lo mejor posible para trabajar sobre su pena y dolor frente a la muerte de su ser querido antes de que llegue la muerte: lloren juntos, expresen su amor, díganse adiós, pero traten de hacer y terminar este proceso antes de que el momento de la muerte llegue. Si es posible, es mejor que los amigos y parientes no demuestren excesivo dolor en el momento de la muerte porque la conciencia de la persona que está muriendo se encuentra muy vulnerable en ese momento.⁴²

5. Creencias culturales y apoyo social en los duelos

En las sociedades occidentales y judeocristianas el tema de la muerte se ha distanciado cada vez más de la naturalidad de la vida y la gente ya no muere en sus casas como antes, sino en los hospitales. De acuerdo con la gravedad del enfermo, en las terapias intensivas e intermedias se colocan horarios restringidos para las visitas familiares y en muchos casos –como medida de protección– se aísla a los enfermos terminales en salas de cuidados generales que restringen aún más la compañía de la familia en función de un mejor cuidado del paciente.

El acompañamiento del enfermo por parte de familiares, amigos o voluntarios –como en el caso de los hospicios– está regida todavía por la presencia de códigos médicos de la ciencia occidental, donde el uso de un lenguaje científico-médico sobre la enfermedad se torna a menudo incomprensible, tanto para el enfermo como para sus familiares.

Los códigos médicos en la práctica cotidiana del tratamiento de enfermos terminales y ancianos están alejados de los sentimientos y sirven más bien como una defensa frente a las ansiedades y temores que la muerte, la enfermedad terminal y la vejez producen. Los profesionales de la salud y en particular los médicos, suelen poner distancia frente al dolor y a los miedos de sus pacientes y los familiares de éstos. Se defienden de este modo de sentimientos y temores propios que surgen en la tarea cotidiana de enfrentar el sufrimiento visible de los enfermos y de sus seres queridos, que penan de antemano por lo que saben concientemente o por lo que inconcientemente intuyen como fin de una enfermedad incurable o de la vejez: la muerte.

Recién en Inglaterra en 1974, Cecile Sanders comenzó su trabajo en el Área de Cuidados Paliativos con enfermos terminales, seguido por el movimiento *hospice*, que

42. Sogyal Rinpoche (1992): *The Tibetan Book of Living and Dying*, p. 225.

se fue extendiendo en los últimos años a otros países con agentes de la salud y voluntarios que ayudan a los enfermos terminales y a los ancianos a un buen morir.

Dichos trabajos se realizan con aquellos que sufren una enfermedad terminal o vejez, en los cuales los esposos, padres, tíos, amigos y voluntarios ajenos a la familia saben que acompañan al moribundo hacia ese instante final que se llama muerte.

En los casos de aquellos que atraviesan duelos por la pérdida de un ser querido, las investigaciones de Parkes (1972/1990), Weiss (1973/1987), Catherine Sanders (1988), Worden (1982/1991), Stanley Stylianos y Mary Vachon (1988) demuestran que el “apoyo social” brindado colabora para que el duelo no se torne «crónico» o «patológico». Un déficit en el apoyo social del que está en proceso de duelo podría hacer que dicho proceso se demore o que su salud disminuya:

El apoyo social sirve para muchas funciones. Según Rook (1987) los sucesos más importantes de la vida de uno requieren de la ayuda de los demás o del apoyo o sostén social, del compañerismo donde los intercambios sociales provean recreación, humor, afecto que contribuyen a una sensación de bienestar. De este modo, el apoyo puede proteger de los efectos de *stress* provocados por la vida cotidiana, así como puede brindar la sensación de amistad o compañerismo que protege de la sensación de vacío y desesperación asociado a la soledad.⁴³

Sanders (1988), en sus estudios realizados con viudos y viudas, halló que los hombres tienen una tendencia mayor a depender de la esposa como sostén emocional como para entrar en contacto social. Los hombres que no habían tenido práctica para desarrollar por sí mismos una capacidad de sociabilidad al enviudar tendían a sumergirse en el trabajo, creando un tipo de adicción al mismo o quedando sumidos en algún tipo de aislamiento social. Esta autora cita investigaciones realizadas con una población de mujeres viudas, quienes demostraron mayor capacidad para buscar apoyo social, lo cual facilitó su proceso de duelo.⁴⁴ En otras investigaciones con hombres se mostró que aquellos que participaban de alguna actividad en la iglesia o en el templo se mostraron menos deprimidos que aquellos sin conexiones sociales ni religiosas. Siegel y Kuykendall (1990) sostienen que “la conexión con la iglesia o el templo ha servido para reducir el *stress* en los hombres”.⁴⁵

El duelo por la pérdida de seres queridos produce la emergencia de emociones tales como tristeza, rabia, impotencia, culpa, dolor y llanto. Dado que hay definiciones culturales en relación a las emociones particulares del duelo, en algunas sociedades se espera que las emociones sean expresadas, mientras que en otras culturas –en las que se espera que éstas no se expresen abiertamente– se ve como algo natural la somatización

43. S. Stylianos–M. Vachon (1999): “The role of social support in bereavement”, en M. Stroebe–W. Stroebe–R. Hansson (1999), *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*, p. 399.

44. C. Sanders (1999): “Risk factors in bereavement outcome”, en M. Stroebe–W. Stroebe–R. Hansson (1999), *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*, p. 257.

45. C. Sanders, *loc. cit.*, p. 257.

de los sentimientos. En algunas culturas la tristeza es más y mejor aceptada que la rabia; en otras la tristeza y la expresión del dolor son mejor aceptadas en las mujeres mientras que la rabia y la agresión son más aceptadas en los varones. En opinión de Rosemblatt,

debido a que hay un alto rango de variedad cultural en la expresión emocional del duelo a través de las culturas, es importante conceptualizar el duelo como una variedad de respuestas donde cada una expresa sentimientos de pérdida que son legitimados culturalmente (Schieffelin, 1985). La sensibilidad hacia las diferencias culturales debe prevenir asunciones etnocéntricas de que la propia cultura o experiencia necesariamente provee una base sólida para comprender el duelo de alguien de un contexto cultural diferente. Por ejemplo, las culturas difieren marcadamente en cuanto a las reglas acerca de la apertura, la intensidad y el control de la rabia y la agresión en el duelo. En algunas culturas, los especialistas en rituales y en sistemas culturales de creencias efectivamente suprimen o limitan la rabia del duelo. En otras culturas, la regulación de la rabia en el duelo se logra a través del aislamiento de la persona que está en duelo durante un sustancial período de tiempo o haciendo manifiesta la aparición del mismo como forma de prevenir a los demás. Las culturas difieren grandemente en cuanto al permiso de sentir y expresar agresión en el duelo. Así, asumiendo que las formas agresivas en el duelo son transitorias o sin importancia porque no son tan comunes en la propia cultura de uno, lo deja a uno sin preparación para poder comprender el dolor de personas de otros grupos culturales o étnicos.⁴⁶

En las culturas occidentales de tipo individualista existen diferencias visibles en torno a la expresión de las emociones en los duelos. La cultura norteamericana, por ejemplo, tiene una tendencia marcada hacia el autocontrol de las emociones y hacia un tipo de sufrimiento en silencio. Esto marca una gran diferencia con grupos provenientes de marcos culturales donde la expresión de las emociones es permitida e incluso legitimada, como se puede ver en la cultura italiana, española, griega, etc.

Al considerar las situaciones de personas en tránsito de una cultura a otra o de los que no están enraizados en las creencias culturales hegemónicas del lugar donde habitan o del grupo cultural en el que están inmersos, se ha observado que las mismas se sienten inadecuadas o en lucha por tratar de hallar una base cultural sólida para su duelo. Muchas veces, quienes han sufrido pérdidas y están en situaciones sociales de migración de una cultura a otra se encuentran sin espacio social para expresar su dolor y, al hacerlo –según el modo de cultura de la cual provienen–, sienten que no encajan con el grupo social del país o la región a la cual se trasladaron. Esto hace surgir en ellas un sentimiento de inadecuación frente a los demás, quienes –al no ser del mismo contexto sociocultural– se confunden e inhiben de brindar apoyo social al doliente, por no comprender sus costumbres ni sus prácticas religiosas o espirituales diferentes.

46. P. Rosemblatt (1999): "The social context for private feelings", en M. Stroebe–W. Stroebe–R. Hansson (1999), *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*, p. 104.

Algunas familias aceptan los sentimientos del que está en duelo, brindándole apoyo para que éste pueda expresar sus emociones. Otras, en cambio, lo inhiben, requiriéndole que «esté a la altura de los acontecimientos» y se muestre fuerte. En ciertas familias se discute lo que está bien sentir y lo que no es apropiado sentir o expresar en un duelo. Este tipo de actitud suele invalidar a los que sufrieron pérdidas, ya que los deja con la sensación de «estar en falta» por lo que sienten o por cómo lo sienten. Algunos miembros de la familia reciben apoyo para la expresión de sus emociones, mientras que otros sienten todo lo contrario. Según Rosemblatt

las personas que están en duelo y en condiciones de mayor aislamiento hacen menores progresos en su trabajo de duelo (Clayton, 1975), en parte debido al rol que los otros juegan en definir la pérdida, así como en el empujar a la persona hacia actividades más allá de aquellas del duelo. El efecto de aislamiento también puede reflejarse en una falta de recordatorios sociales que apelen a los recuerdos y a la esperanza, que son el material en bruto del trabajo de duelo.⁴⁷

Las interacciones sociales, aunque breves, brindan apoyo, ya que

“«un momento de compañía puede traer retroactivamente el flujo de una vida con entero sentido» (Frankl, 1973). El apoyo social también es útil en el sentido de aportar distracción a la persona en duelo, para ayudarlo a salir de las profundidades de su depresión, haciéndole sentir sentimientos positivos que pueden provenir de la ayuda de los demás.”⁴⁸

Desde la Psicología de la Personalidad y la Psicología Social Transcultural⁴⁹ se ha considerado el apoyo social como un factor muy importante en la elaboración de duelos. Los temas considerados actualmente por investigadores del área psicológica de tratamiento de duelos así como del área de los cuidados paliativos dentro de la Psicología de la Salud y de la Psicología Social Transcultural se centran en las diferencias existentes entre las formas en que cada cultura promueve las tareas del duelo, la expresión o inhibición de sentimientos del doliente y el apoyo social. Estos factores son considerados en cuanto a la incidencia que tienen en el desarrollo de la salud o de la enfermedad de los miembros de cada cultura y están relacionados asimismo con las prácticas y creencias religiosas y espirituales de cada grupo sociocultural.⁵⁰

El duelo y su relación con variables socioculturales y de personalidad ha sido investigado y considerado por Murray Parkes (1970), Rosenblatt (1976), J.R. Averill

47. P. Rosemblatt, *loc. cit.*, p. 107.

48. P. Rosemblatt, *loc. cit.*, p. 109.

49. Véase D. Páez-A. Vergara (2000): “Theoretical and Methodological aspects of cross-cultural research”, *Psicothema*, vol. 12, Supl., pp. 1-5.

50. Véase C. Parkes (2000): “Conclusions II: Attachment and losses in cross cultural perspective”, en C. Parkes- P. Laungani-B. Young (2000), *Death and Bereavement across cultures*, pp. 219-243.

(1968), Nunley (1986), M. y W. Stroebe (1980) y Weiss (1973), entre otros. El hombre en duelo ha sido visto en su aspecto biológico, psicológico y sociocultural, pero la dimensión espiritual del ser humano no ha estado presente en la mayoría de estas investigaciones.

La tradición oriental del Budismo Tibetano, donde la ciencia está integrada con la religión y la filosofía, postula para los hombres –en general– y para los ancianos y enfermos terminales –en particular– la importancia de

brindar ayuda a la persona que está de duelo por la pérdida de un ser querido. Toda la comunidad provee fuerte ayuda espiritual, emocional, y apoyo práctico a la persona que sufrió la pérdida de un ser querido. Aquel a quien se le murió alguien amado no es dejado nunca con un sentimiento de soledad, de pérdida ni con sensación de vulnerabilidad, sin saber qué hacer. Cada uno en la sociedad tibetana sabe que se hace todo lo posible, tanto por aquel que está muriendo como por el que sufrió una pérdida, de modo que éste último pueda aceptar y sobrevivir a la muerte del ser amado. ¡Qué distinto es en nuestra sociedad moderna, donde se ha perdido el apoyo social existente anteriormente! Yo pienso a menudo cómo el apoyo social puede salvar y ayudar al que está de duelo para que el dolor por la pérdida no se prolongue y se torne tan difícil el duelo, como sucede tan a menudo en la actualidad. Los estudiantes que trabajan conmigo como asistentes de duelo en hospicios me han dicho que una de las causas de mayor angustia para las personas en duelo es la creencia de que nada ni nadie puede hacer algo por aquel que ha muerto. Yo les aconsejo que estimulen al que está en duelo a que haga algo por aquel que ha muerto: viviendo más intensamente y dando a su muerte un sentido más profundo... No nos dejemos morir con nuestros muertos, tratemos entonces de vivir con mayor fuerza luego de que se éstos se hayan ido.⁵¹

En general, las creencias sirven para vivir en el mundo con un sentimiento de mayor confianza y seguridad. En cambio, en países de América Central como El Salvador o Nicaragua y otros de Sudamérica como Colombia, Guatemala, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay, Bolivia, Paraguay, etc. –donde a partir de la década del setenta hubo procesos políticos de dictaduras militares–, las personas no sentían que tenían posibilidad de autodefensa ni de seguridad frente a los ataques y a la violencia social ejercida desde el poder político. Los duelos por pérdidas de seres queridos se agravaron por la vivencia de vulnerabilidad y de exposición al daño, de indefensión frente a estímulos tan poderosos como los sufridos por las víctimas de la violencia social y por los familiares de los que sufrieron desaparición forzada, secuestro, tortura, asesinato, atentados terroristas y matanzas masivas. Los procesos de represión social vividos en varios países latinoamericanos causaron inmensos traumas en la población, lo que provocó un gran aumento de enfermedades inmulógicas, cardiovasculares y cáncer.

51. Sogyal Rinpoche, *op. cit.*, p. 309.

El encuentro con la muerte o la desaparición de un ser querido que fue víctima de algún tipo de «ataque social» genera situaciones de *stress* post-traumático, ya que la noticia de la muerte inesperada o de la desaparición violenta del ser querido, así como la no aparición de él o de su cuerpo por un tiempo prolongado, lleva a los familiares a una situación de *stress* donde sus capacidades adaptativas disminuyen como consecuencia de la situación inesperada vivenciada como catastrófica.⁵² Para la tanatóloga colombiana Isa Fonegra de Jaramillo

el terror, la sensación de desprotección y vulnerabilidad, la rabia por la injusticia y la desesperanza por la posible impunidad son algunas de las reacciones más frecuentes en las comunidades que han sido amenazadas después de haber presenciado, con horror, masacres colectivas. Estos duelos tienden, obviamente, a ser exagerados, demorados y complicados, y a manifestarse a través de patologías como depresión, alcoholismo y violencia intrafamiliar. [...] La impotencia, la desorganización y el desamparo se apoderan de los dolientes de muertes violentas, junto con una creciente necesidad de vengar a su ser querido, para así al menos honrar a su memoria. La sensación de que el mundo, antes seguro y confiable, es ahora peligroso, genera en las víctimas terror y la angustia de estar también en peligro.⁵³

6. Duelo, cuidados y creencias espirituales

La ciencia occidental moderna –desde su visión positivista– ha tenido en cuenta sólo la dimensión psicofísica del ser humano, dejando de lado el alma y el espíritu, por considerarlos como algo perteneciente al ámbito de la religión y de la filosofía. La ciencia se ocupó en cambio del cuidado del cuerpo y de la psiquis, de la vida y las enfermedades, en tanto la muerte fue vista solo bajo la forma de muerte biológica del cuerpo anatómico, quedando el espíritu, el «dolor del alma» o «dolor espiritual» fuera de este ámbito y de lo considerado como cuidado de la salud del hombre.

Recién en estos últimos años, la OMS ha considerado la dimensión espiritual del ser humano y se espera que la próxima definición de salud mental incluya al hombre no sólo en sus dimensiones biológica, psicológica, social y cultural, sino también en su dimensión espiritual. Muchas culturas orientales, en cambio, integran la religión y la espiritualidad con la ciencia.

Gustav Jung y la Psicología Transpersonal en las últimas décadas del siglo pasado retomaron la dimensión espiritual del hombre y la visión de la muerte como parte de la vida, traspasando así la mirada materialista de la ciencia positivista moderna.

Las tradiciones de las religiones judía y cristiana –hasta el siglo pasado– negaron la ciencia y sus avances tan extraordinarios. Recién hace pocas décadas se realizaron encuentros entre científicos y religiosos de occidente con eruditos orientales y exponentes

52. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, pp. 33-41.

53. I. Fonegra de Jaramillo, *op. cit.*, p. 36.

del Budismo Tibetano, en los cuales se llevaron a cabo diálogos muy fructíferos sobre temas tales como la vida, la muerte, la reencarnación, los sueños, la mente y la conciencia e inclusive la interrelación entre conceptos de la filosofía budista y de la física cuántica.

Los libros *Conocer* (1998), *De cuerpo presente* (1997) y *El sueño, los sueños y la muerte (exploración de la conciencia con S.S. el Dalai Lama)* (2000) dan cuenta de los intercambios entre eruditos del Budismo Tibetano y renombrados científicos occidentales de instituciones como la *Mind/Body Institution* de la Escuela de Medicina de Harvard, el Hospital *Deaconess* de Nueva Inglaterra y la Casa *Tibet* de Nueva York, en los Estados Unidos, organismos que auspiciaron encuentros entre científicos como Daniel Goleman, el Dr. Herbert Benson y Robert Thurman con Su Santidad el Dalai Lama, Premio Nobel de la Paz (1989) y líder político, religioso y espiritual del Gobierno Tibetano en el exilio.

Se llevaron a cabo diálogos sobre la relación entre la filosofía y las ciencias del Budismo con las neurociencias y las ciencias occidentales, entre ellas la medicina, la psicología, las ciencias cognitivas y la interacción mente/cuerpo. Muchas de estas producciones fueron incluidas –junto con estudios tibetanos– en el libro *CienciaMente. Un diálogo entre Oriente y Occidente* (1998).⁵⁴

Ken Wilber (1998), psicólogo transpersonal y estudioso del Budismo, en su libro *Ciencia y religión* incluyó al espíritu humano junto a la materialidad del cuerpo y de la conciencia. Para Wilber la ciencia de la psicología dejó de lado la religiosidad y la espiritualidad por considerar que no se ajustaban a los parámetros de la ciencia empírica⁵⁵, pero luego hubo intentos de integración entre la ciencia y la religión según los nuevos paradigmas postmodernos. La noción de paradigma implica, según Wilber,

muchas posibles interpretaciones de la realidad, ninguna de las cuales es más válida que las demás [...] los paradigmas no se descubren sino que se construyen culturalmente: de ese modo la autoridad de la ciencia queda muy mermada, dejando así un lugar para un “nuevo paradigma” que será compatible con una visión espiritual u holística del mundo.⁵⁶

Las creencias, desde el punto de vista de la Psicología Social, son parte integrante del ser humano y de las culturas. La Psicología, en cambio, influida por la visión materialista y empírica de la ciencia positivista les negó validez a las creencias espirituales y religiosas, poniendo al margen el estudio de la efectividad y el beneficio que las mismas pueden brindarle al ser humano. Afirma Wilber:

Una de las tareas asumidas por las modernas disciplinas conocidas como “psicología y psiquiatría transpersonal” es la investigación científica de los estadios superiores

54. Dalai Lama–D. Golemann–R. Thurman–H. Gardner (1998): *CienciaMente. Un Diálogo entre Oriente y Occidente*. Barcelona: Mandala Editor.

55. K. Wilber (1998): *Ciencia y religión*, p. 30.

56. K. Wilber, *op. cit.*, p. 42.

del desarrollo espiritual del ser humano, lo cual nos ha permitido descubrir también una sorprendente semejanza individual e intercultural.⁵⁷

Para Ken Wilber, las máquinas permiten cuantificar las experiencias, pero no pueden decir nada sobre las cualidades del ser humano. Como alternativa al método experimental de la ciencia occidental, Wilber propuso el método de conocimiento conocido en Budismo Tibetano y en Budismo Zen bajo el nombre de “contemplación”,⁵⁸ al cual definió como un estado de conciencia expandida que va más allá de la conciencia cognitiva que usamos en nuestros procesos cotidianos de aprendizaje. Dicho estado de conciencia revela intuiciones, cualidades, experiencias del campo de lo espiritual. En estados de meditación y de contemplación aparecen, en una sensación más expandida del yo, distintos estados de conciencia, de amor y de compasión conocidos en las creencias religiosas y espirituales cristianas, judías y budistas de oriente y de occidente.⁵⁹ Dice Wilber que

al parecer, en este cuarto estado de conciencia tienden a manifestarse con más intensidad y exactitud los mismos contornos de lo Divino. Subjetivamente hablando, se experimenta una expansión de todas aquellas dimensiones que habitualmente son calificadas como “espirituales” (desde la conciencia hasta el amor, pasando por la compasión) mientras que meditamos, desde un punto de vista objetivo, se registra una serie de cambios fisiológicos espectaculares en el organismo, incluyendo pautas de ondas cerebrales netamente diferentes.⁶⁰

El electroencefalograma (EEG) tomado a meditadores no muestra a éstos viendo a Dios cuando meditan, pero sí revelan algunas diferencias características de las ondas cerebrales del estado meditativo que influye en el ser humano a nivel corporal y psicológico. Se ha demostrado que la práctica de la meditación –como cualquier otro tipo de práctica espiritual: la oración o la plegaria, por ejemplo– producen acciones beneficiosas que fortalecen el sistema inmunológico y producen estados de salud en personas que padecen enfermedades o alteraciones por situaciones de *stress*.

Varias investigaciones citadas por el doctor Larry Dossey (1993) dan cuenta del poder curativo de la plegaria tanto en casos de enfermos que saben que alguien está rezando por ellos como en casos de aquellos que no lo saben.

Desde la visión de la psicología como ciencia positivista, el espíritu y las creencias espirituales, la práctica de la meditación y el uso de la oración y de la plegaria son descalificados por carecer de una materialidad capaz de ser medida, observada y cuantificada. Desde la mirada de la física cuántica, aunque el espíritu, el amor, la curación,

57. K. Wilber, *op. cit.*, p. 221.

58. *Ibidem*.

59. K. Wilber, *op. cit.*, p. 244.

60. *Ibidem*.

la energía de la plegaria no pueden ser vistos ni medidos, se puede en cambio apreciar sus efectos en el área de la salud:

en los modos de respuesta del ser humano y de su organismo a nivel de las ondas de su cerebro, de su sistema inmunológico, del cambio en la conciencia de la persona y en el efecto que todo esto tiene en inducir cambios de conducta así como cambios corporales y psicológicos.⁶¹

Larrey Dossey se refiere a investigaciones realizadas en la *Mind Science Foundation* de San Antonio, Texas, en los Estados Unidos, donde William Braud y Marilyn Schlitz estudiaron el efecto de la plegaria en pacientes enfermos y vieron cambios y un tipo de influencia beneficiosa en la fisiología corporal de las personas que recibían la influencia de la plegaria realizada sobre ellos. Los enfermos seleccionados para que alguien orara por ellos habían evidenciado anteriormente una “activación del sistema simpático del sistema nervioso autónomo, quejas de *stress*, emocionalidad excesiva, alta presión arterial, úlceras, hiperactividad mental y física, tensiones y dolores de cabeza, etc.”⁶²

La plegaria y el trabajo de visualización mental, como tipos de meditación particulares, produjeron cambios positivos en el cuerpo de los enfermos, más allá de la distancia existente entre el individuo que realizaba la plegaria y el enfermo que la recibía. Muchas veces esto sucedía incluso sin que el enfermo supiera de la existencia de alguien que estaba orando o meditando para su curación.⁶³

Larrey Dossey se refiere al psiquiatra norteamericano Daniel Benor, quien definió la “curación espiritual” como “la influencia intencional de una o más personas sobre un sistema vivo sin utilizar medios físicos conocidos de intervención”⁶⁴.

El maestro tibetano Sogyal Rinpoche resalta la importancia de las creencias sobre la vida y la muerte y describe qué le sucede a la conciencia de la persona que está próxima a morir, inclusive luego de la muerte del cuerpo físico.

Las creencias espirituales son importantes en la medida en que tienen significación para el sujeto que va a morir, cuando éste se plantea el sentido de su vida y de lo que le queda por hacer antes de enfrentar la muerte, siempre que la situación de vejez o enfermedad terminal lo permitan.

El tener en cuenta las creencias espirituales del enfermo terminal o del anciano y el considerar las creencias de sus familiares permite realizar una tarea en el área de los cuidados paliativos que puede darles a los enfermos o ancianos la oportunidad de despedirse de sus seres queridos y de su vida de la mejor manera posible para enfrentar su muerte en paz y dignamente. En algunos casos es posible entablar un diálogo del paciente consigo mismo a nivel emocional y espiritual. En dicho encuentro con su alma

61. L. Dossey (1993): *Healing words. The power of prayer and the practice of medicine*, p. 188.

62. *Ibidem*.

63. *Ibidem*.

64. L. Dossey, *op. cit.*, p. 189.

podrá evaluar cómo fue su vida, perdonarse y perdonar los errores cometidos y a aquellos con los que tuvo conflictos y, en el caso de creer en Dios, en un Creador o en algún tipo de autoridad religiosa o espiritual, también poder establecer un diálogo, meditar y/o realizar prácticas espirituales que le permitan alcanzar un estado de paz interior para un buen morir.

Las creencias y prácticas –según la religiosidad o espiritualidad de cada enfermo– en relación a una vida futura, a la salvación o reencarnación de su conciencia o de su alma le permitirán a éste irse de esta vida con un aprendizaje de lo vivido, pudiendo afrontar la muerte de un modo más calmo y sin tantos temores.

Según la presencia o ausencia de creencias religiosas y/o espirituales el mismo enfermo podría decidir de antemano –en el caso de tener la posibilidad– si desea ser enterrado o cremado o si desea despedirse –y cómo– de sus seres queridos antes de enfrentar su tránsito hacia la muerte. Si el enfermo terminal y el anciano tienen cierto grado de conciencia sobre su situación real y pueden hablar, podrán decidir sobre las técnicas de tratamiento del dolor, de eutanasia pasiva o activa, según sean sus creencias y lo que permita la legislación vigente en cada país.

Es importante que el paciente –en el caso de poder hacerlo– decida por sí mismo cómo y dónde quiere morir: si en la propia casa o en el hospital, y si desea continuar con intervenciones mecánicas o aparatos que le prolongan la vida más allá de su conciencia, o si quiere que se le quiten dichos aparatos, si continúa o no con operaciones quirúrgicas cuando sabe que ya no hay más posibilidad de cura de su enfermedad, etc. En el caso de que el paciente anciano o terminal no pudiera decidir sobre esto, es importante que la familia pueda hacerlo por él en forma conjunta. Tanto para el enfermo terminal como para el moribundo es importante el alivio del dolor para permitirle morir de la manera más digna posible.

Actualmente existen medicamentos que disminuyen el dolor sin disminuir el estado de conciencia del moribundo. Para aquellos pacientes que realizan prácticas espirituales hasta el momento de su muerte será importante darles una medicación que no altere su conciencia y los deje morir en un estado tal donde puedan llevar a cabo prácticas meditativas, plegarias u oraciones que, aunque no sean visibles para los demás, acompañan al moribundo en su tránsito a la muerte.

Conclusiones

Los cuidados paliativos de los enfermos terminales y de los ancianos incluyen una tarea de curación y/o de preparación del alma del que está pronto a morir. Aunque no haya mayores posibilidades de curación del cuerpo físico, el enfermo siempre podrá curar su alma o prepararse para poder morir en paz consigo mismo y con sus familiares.

Hubo casos de enfermos terminales en los cuales, habiéndoseles diagnosticado pocos meses de vida, se verificó la remisión de tumores malignos o la curación de enfermedades graves, luego de que éstos trabajaran sobre sí mismos a un nivel psicológico y espiritual.

Morir en calma y en paz es muy importante para todas las religiones en general, y en el Budismo Tibetano en particular se considera fundamental poder morir sin emociones negativas. La disminución del dolor y de las emociones negativas son creencias que forman parte de un “buen morir” y son tan importantes como la calma mental del enfermo que cree que esto influirá directamente en su reencarnación y renacimiento posterior.

Emociones negativas tales como el miedo, la rabia, la impotencia, el enfado, la furia suelen aparecer en el enfermo terminal al enfrentarse con la proximidad de su muerte. La posibilidad de transitar dichas emociones y elaborarlas permitirá aceptar la propia muerte en forma pacífica. La reconciliación con familiares y/o la realización de tareas pendientes –siempre cuando haya cierto tiempo– se incluyen como tareas previas que facilitan el “buen morir” del enfermo o del anciano.

El acompañamiento del ser querido que llevan a cabo los familiares y amigos de éste en los últimos momentos de su vida es lo que les permitirá anticipar el duelo e integrar gradualmente la proximidad de la pérdida. La preparación para el momento de la desaparición física de la persona amada permitirá realizar un duelo sano, pero habrá que considerar que también dependerá del tipo de vínculo preexistente entre el familiar y el que está próximo a morir, que podrá complicar o no el tránsito y el desarrollo del duelo.

En el caso del duelo anticipado de los padres, los hijos podrán despedirse del progenitor que va a morir y resolver las tareas necesarias sobre el tratamiento de la enfermedad, el acompañamiento del enfermo terminal o del anciano, la reacomodación de las pertenencias de éste y las del progenitor que sobrevivirá al fallecido.

El trabajo de duelo de quien sufre una pérdida de un ser querido, como los casos de adultos que han perdido a sus padres, brinda la oportunidad a éstos para encontrar un nuevo sentido a su vida, teniendo una visión sobre la propia muerte como una realidad posible más cercana, para poder aceptarla y prepararse para ese momento.

El adulto que sufre la pérdida de sus progenitores se encuentra en una situación de revisión de su propia vida, en la que podrá decidir cómo desea seguir viviendo y a qué desea dedicarse el resto de su vida. Muchas veces este tipo de situaciones de pérdida constituyen la ocasión para desarrollar nuevos aspectos de la personalidad que implican a la larga un crecimiento y un desarrollo de la identidad personal y espiritual, que le dan mayor sentido a la vida del adulto.

El apoyo social para la expresión de las emociones por la pérdida de seres queridos así como el acompañamiento de la persona en duelo –según el modo en que se dé en cada cultura– le permitirán a ésta recorrer las fases y etapas del duelo de la manera más sana posible, sin negar la realidad de la pérdida ni las emociones que ésta produce. De esta forma la persona no desarrollará ningún tipo de adicción al trabajo, al alcohol o a las drogas, ni síntomas de *stress* o enfermedades que puedan llevarlo a la muerte, a cometer suicidio o al desarrollo de una depresión crónica o un tipo de duelo patológico.

En la actualidad, los trabajos espirituales que incluyen la meditación, la plegaria o cualquier tipo de oración de las diferentes tradiciones religiosas de la humanidad se encuentran en un alto grado de desarrollo en muchos países occidentales, debido al intercambio llevado a cabo con científicos y eruditos orientales.

Considero relevante el poder tener más en cuenta el acompañamiento religioso y espiritual de los pacientes terminales, los ancianos y sus familiares, cuando éstos lo soliciten o acepten como parte de sus cuidados paliativos, ya que se ha comprobado que los mismos permiten desarrollar mayores niveles de salud psicofísica y de «salud espiritual». También dichas prácticas religiosas o espirituales permiten encontrar nuevos sentidos a la vida, aceptar la muerte con mayor conciencia y apertura, sin negarla ni escindirla como se ha hecho en la cultura occidental judeo-cristiana.

El no tener tanto miedo nos permite enfrentar con más calma no solo la muerte personal sino también las muertes ajenas. Hablar de la muerte como de una realidad posible permite vivir mejor la vida y prepararse para un «buen morir», así como también aceptar las condiciones que a uno le toquen en el momento de la muerte, según las creencias espirituales o religiosas que cada uno tenga.

Como profesional del área de Salud Mental creo que deben tomarse en cuenta algunas de estas variables, que ayudan a dejar de lado la mirada etnocéntrica y hegemónica de la ciencia occidental europea y norteamericana, para la cual sólo existe una verdad única para las ciencias médicas y psicológicas sobre el tratamiento de las enfermedades, de la muerte y de los duelos de los seres queridos. En mi opinión, sólo si consideramos la diversidad de creencias sociales, culturales, religiosas y espirituales que hay sobre la vida, las enfermedades y la muerte del ser humano como ser bio-psico-social e incorporamos además una visión que integre los aspectos socioculturales y el «cuidado del espíritu» de los pacientes terminales, de los ancianos y de los familiares que sufren la pérdida de un ser querido, podremos colaborar desde una tarea psicológica en el asesoramiento de aquellos que pasan por esos momentos cruciales de dolor y sufrimiento.

El trabajo en grupos de pares con profesionales que se centren en el tema de la muerte posibilitará una mejor preparación personal y profesional para encarar la muerte de un modo distinto de aquel que aprendimos y en el cual fuimos criados.

Lo cierto es que uno nunca sabe cuándo va a morir; por lo cual es bueno incluir la muerte como algo natural dentro de la vida cotidiana. Estando vivos y sanos podemos reflexionar mejor sobre lo que implican las pérdidas y los duelos, así como lo que representa para nosotros la pérdida de la propia vida como posibilidad real.

Darle nuevos sentidos a la vida y a la muerte permite desarrollar cambios profundos en la identidad, que llevan al fortalecimiento y enriquecimiento personal. El desarrollo de mecanismos de afrontamiento nos permitirá atravesar duelos de un modo más sano tanto a nivel personal como en nuestra condición de trabajadores de la salud dedicados al área de los Cuidados Paliativos. Si ampliamos nuestra mirada, podremos trabajar mejor con los pacientes en el cuidado de su vida, y en el tratamiento de las enfermedades y de la muerte.

La reflexión sobre estos temas nos permitirá comprender y asistir mejor a los pacientes que llegan a la consulta psicoterapéutica, asumiendo una actitud más abierta, menos prejuiciosa y, consecuentemente, más humana.

Bibliografía

- Archer, J. (1999). *The nature of Grief. The evolution and psychology of reactions to loss*. Philadelphia: Bruner /Routledge Editions.
- Barreto, P.–Pérez Marín–Zafra, M. (2001). *La comunicación con la familia*. Fichas del Doctorado en Psicología UP. Buenos Aires.
- Barreto, P.–Martínez, E. (2001). *Cuidados Paliativos*, Fichas del Doctorado en Psicología UP, Buenos Aires.
- Beristain, C. M.–Páez, D.–González, J. L. (2000). “Rituals, Social Sharing, Silence, Emotions and Collective Memory Claims in the case of Guatemalan Genocide” (Rituales, comunión social, silencio, emociones y demandas de Memoria Colectiva en el caso del genocidio guatemalteco), *Psicothema*, vol. 12, Supl., Oviedo, pp. 117-130.
- Bolwby, J. (1998). *El apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bolwby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bolwby, J. (1998). *La separación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Canine, J. (1996). *The psychosocial aspects of death and dying*. New York: Mac Graw Hill Medical Publishing Division.
- Dalai Lama–Golemann, D.–Thurman, R.–Gardner, H. (1998). *CienciaMente. Un Diálogo entre Oriente y Occidente*. Barcelona: Mandala Editor.
- Dossey, L. (1993). *Healing words. The power of prayer and the practice of medicine*. San Francisco: Harper Edit.
- Doyle, D.–Hanks, G.–MacDonald, N., (1999). *Palliative medicine*, London: Oxford University Press.
- Fonegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Gouveira, V. V.–Ros, M. (2000). “Hofstede and Schwartz ‘s models for classifying individualism at the cultural level: their relation to macro-social and macro-economic variables” (Los modelos de Hofstede y de Schwartz para clasificar a las naciones en Individualismo-Colectivismo: su relación con variables macro-sociales y macro-económicas), *Psicothema*, vol. 12, Supl., Oviedo, pp. 25-33.
- Hernández, C. (2001). *Preocupaciones y necesidades de la familia y el enfermo en fase terminal*, Fichas de las clases del Doctorado en Psicología UP, Buenos Aires.
- Housmand, Z.–Livingston, R.–Wallace, A. (1999). *Mente y Conciencia. Conversaciones con el Dalai Lama sobre la ciencia y el cerebro*. Madrid: Luz de Oriente Ediciones.

Koenig, H. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.

Levy, A. (1999). *The orphaned adult. Understanding and coping with grief and change after the death of our parents*. Massachusetts: Perseus Books.

Páez, D.–Vergara, A. (2000). “Theoretical and Methodological aspects of cross-cultural research” (Aspectos teóricos y metodológicos de la investigación transcultural), *Psicothema*, vol. 12, Supl., Oviedo, pp. 1-5.

Páez, D.–González, J. L. (2000). “Social Psychology and Culture” (Psicología social y cultura”, *Psicothema*, vol. 12, Supl., Oviedo, pp. 6-15.

Parkes, C. (2000). “Conclusions II: Attachment and losses in cross cultural perspective”, en Parkes, C.–Laungani, P.–Young, B. (2000). *Death and Bereavement across cultures*. London & New York: Routledge Editions, pp. 233-243.

Roseblatt, P. (1999). “The social context for private feelings”, en Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999). *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 102-111.

Sanders, C. (1999). “Risk factors in bereavement outcome”, en Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999). *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 255-267.

Sogyal Rinpoche (1992). *The Tibetan Book of Living and Dying*. San Francisco: Harper Edit.

Spiro, H.–McCrea Curnen, M.–Wandel, L. P. (1996). *Facing death. Where culture, religion, and medicine meet*. New Haven & London: Yale University Press.

Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999), “Contemporary themes and controversies in bereavement research”, en *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 457-475.

Stylianou, S.–Vachon, M. (1999). “The role of social support in bereavement”, en Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999). *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 397-410.

Varela, F. (1998). *Conocer*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Varela, F. (1998). *El sueño, los sueños y la muerte. Exploración de la conciencia con S. S. el Dalai Lama*. Barcelona: Mandala Ediciones.

Weiss, R. (1999). “Loss and recovery”, en Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999). *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 271-284.

Wilber, K. (1998). *Ciencia y religión. El matrimonio entre el alma y los sentidos*. Barcelona: Editorial Kairós.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Wood Jr. , R. (1995). *Handbook of Religious Experience*. Birmingham: Religious Educational Press.

Young, B.–Papadatou, D. (2000). “Childhood, death and bereavement across cultures”, en Parkes, C.–Laungani, P.–Young, B. (2000). *Death and Bereavement across cultures*. London & New York: Routledge Editions, pp. 191-205.

